

Guide d'accompagnement pour les programmes de résidence - Parcours du résident présentant des difficultés

Le présent guide se veut un outil pour les programmes afin de les aider à accompagner un résident présentant des difficultés lors de son parcours académique. Il contribue à structurer la démarche assurant ainsi le respect des règlements universitaires, des politiques du vice décanat aux études postdoctorales ainsi que des droits des résidents.

RÉSIDENT AVEC DIFFICULTÉS

1. L'élément déclencheur: identification de difficultés significatives¹

Dès que des enseignants ont la perception qu'ils doivent proposer un accompagnement pédagogique particulier à un résident pour que la trajectoire de développement de ses compétences soit conforme à ce qui est attendu, une démarche structurée et individualisée doit être mise en œuvre pour corriger de façon précoce, ciblée et efficace le ou les problèmes identifiés.

- Le résident devrait toujours être premier à entendre une rétroaction sur des difficultés perçues à son sujet.
- Le résident doit avoir l'opportunité, après qu'une description claire de ses difficultés lui ait été formulée de façon constructive, de démontrer sa progression dans l'acquisition des compétences concernées.

Faute d'amélioration satisfaisante, en fonction des attentes du programme et de son niveau de formation, une démarche structurée de soutien doit être mise en place.

IMPORTANT

- Les difficultés sont le plus souvent provisoires et se corrigent avec l'aide d'un soutien approprié.
- Des méthodes pédagogiques adaptées aux difficultés doivent être appliquées par les équipes d'enseignants et l'impact de ces interventions doit être colligé.

¹ On entend par difficultés significatives, par exemple, un stage inférieur aux attentes, un échec de fin de stage ou une progression insuffisante des compétences dans le temps.

- Un enseignant pivot, choisi en fonction des difficultés du résident et accepté par ce dernier, doit se porter garant du processus: il guidera l'analyse de la situation ainsi que l'élaboration et le suivi du plan de soutien ou de remédiation.
- Le résident doit participer à toutes les étapes de la réflexion sur sa situation.
- À chaque étape du processus, le résident est informé promptement par une rencontre face à face du résultat des discussions entre les superviseurs à son sujet.
- Le résident doit connaître les ressources d'aide extérieures auxquelles il pourrait référer en cas de besoin (BAER, FMRQ, etc.)².
- Le résident doit pouvoir compter sur la disponibilité d'un individu non impliqué dans l'évaluation pour le supporter « moralement » au besoin (professeur du programme ou d'un autre programme, membre du BAER, résident senior...).

2. La démarche pédagogique et la mise en place d'un plan individualisé de soutien à la réussite (ou remédiation)

La notion de période de **soutien à la réussite** réfère à une première période d'encadrement lorsqu'une difficulté est rencontrée.

La notion de période de **remédiation** réfère à une période d'encadrement visant des difficultés récurrentes malgré une ou plusieurs périodes de soutien.

Le *Guide de rédaction d'un Plan de remédiation*³ décrit chacune des étapes de la démarche pédagogique qui s'apparente à la démarche clinique.

Les étapes (phases) sont résumées succinctement ci-après :

1. **Phase précoce** (phase subjective) : celle lors de laquelle il y a suspicion de l'existence d'un problème;
2. **Phase de collecte de données** (phase objective) : qui vise à documenter la nature du problème;
3. **Phase diagnostique** (phase d'analyse) : qui vise à caractériser le problème;
4. **Phase d'intervention** (le plan) : qui vise à intervenir pour corriger le problème.

Dans le guide en annexe, chaque étape est détaillée avec les éléments qui doivent être inclus dans la réflexion ou la mise en œuvre.

- À chaque étape, la démarche prévoit des rencontres formelles entre les professeurs et/ou le résident et décrit les éléments qui devraient être abordés.
 - Les comptes rendus de ces rencontres doivent être datés, les membres présents décrits et le résumé des propos détaillé.
 - Chacun des individus ayant assisté à la rencontre doit avoir accès au résumé et leur accord avec le contenu doit être

² Voir le [guide du résident](#) à la page 4.

³ Voir annexe 1. Document créé par le Comité d'évaluation du programme de médecine familiale – janvier 2011 : Louise Authier, Marie-Claude Audéat, Normand Béland, Marie-Claude Lefebvre, Gilbert Sanche.

documenté (procès-verbal lors d'une rencontre subséquente ou signatures en bas de document).

Dans ce guide, une liste de diagnostics pédagogiques probables est dressée afin d'aider le résident et le comité à identifier les problèmes qui sont souvent de nature mixte : cognitive, affective, relationnelle ou organisationnelle. À cette fin, la roue du diagnostic pédagogique⁴ peut aussi s'avérer utile.

Le guide propose également une liste non exhaustive d'intentions pédagogiques (objectifs) en lien avec la nature des difficultés rencontrées ainsi que différentes mesures de remédiation pouvant être proposées.

Finalement, un tableau résumant une approche matricielle permet d'aider le choix des mesures en fonction de l'intention pédagogique de la période de soutien ou de remédiation.

3. La rédaction du plan de soutien à la réussite ou de remédiation

Le plan individuel de soutien à la réussite (ou le plan de remédiation) doit inclure⁵ :

1. La description de la période de soutien (remédiation) et les raisons l'ayant justifiée. La durée ne devrait pas excéder trois à quatre périodes de stage;
2. Les faiblesses identifiées et les objectifs ou les intentions de la période de soutien (remédiation);
3. Les mesures mises en place et les ressources disponibles;
4. Les mesures d'évaluation : leur fréquence et leur nature;
5. Les conséquences d'atteinte ou de non atteinte des résultats:
 - Réintégration de l'horaire et du suivi régulier sans extension de la résidence;
 - Réintégration de l'horaire et du suivi régulier avec un allongement de la résidence tel que décidé par le comité d'évaluation;
 - Ajout d'une période additionnelle de soutien ou de remédiation;
 - Exclusion du programme.

Note : *La conséquence possible d'une période de soutien ne devrait pas être une exclusion du programme. Cependant, une exclusion de programme peut être une conséquence de non atteinte des objectifs d'une période de remédiation. Le vice-décanat doit alors être impliqué dès le début du processus et signer le plan de remédiation.*

6. Le nom des personnes responsables de l'accompagnement du résident et de l'évaluation;
7. Les résultats de la période de soutien ou de remédiation;
8. Une page pour la signature des individus concernés (particulièrement utile lorsqu'il s'engage à corriger des comportements non professionnels).

CONTESTATION DE LA FICHE D'ÉVALUATION

⁴ Voir annexe 2.

⁵ Les deux gabarits se retrouvent aux annexes 3 et 4 pour référence.

Si le résident est en désaccord avec l'information consignée sur une fiche d'appréciation de stage clinique, il peut :

- demander à rencontrer le directeur de programme pour en discuter avant que le Comité d'évaluation ne se prononce sur la mention globale de cette évaluation;
- faire des représentations écrites au Comité d'évaluation, avant qu'il ne se prononce sur la mention globale;
- demander à rencontrer le Comité d'évaluation pour lui faire part de ses observations.

La mention « échec » ou « inférieur aux attentes » constitue une évaluation de stage défavorable. Le résident se voyant octroyer une mention défavorable devrait être rencontré sans délai, en personne, par le responsable du Comité d'évaluation. Pour toute évaluation, le résident peut demander à rencontrer le Comité d'évaluation.

En cas d'échec, si le résident s'estime lésé et qu'il est en mesure de présenter des faits nouveaux de nature à modifier cette décision, après avoir rencontré le Comité d'évaluation, il peut soumettre une demande de révision, écrite et motivée à la doyen ou au vice-doyen aux études médicales postdoctorales, dans les dix jours ouvrables suivant la rencontre avec le Comité d'évaluation où la mention globale lui a été communiquée.

APPEL AU COMITÉ DE RÉVISION FACULTAIRE EN CAS D'ÉCHEC DE STAGE

Lorsqu'un résident fait appel d'une décision du Comité d'évaluation, le Comité de révision des études médicales postdoctorales en est saisi. Le Comité de révision, après avoir donné l'opportunité au résident de se faire entendre, peut recommander au doyen de maintenir la mention globale d'échec ou la transformer en mention « inférieur aux attentes » ou « succès ». Le doyen informe le résident par écrit de sa décision, avec copie au directeur de programme et au vice-doyen, et cette décision est sans appel.

Notes : Le doyen peut rejeter une demande d'appel de la décision d'un Comité d'évaluation si cette demande est jugée futile, diffamatoire ou vindicative ou si le délai de 10 jours n'a pas été respecté. La mention « inférieur aux attentes » sur un ou plusieurs critères de la fiche d'appréciation ne constitue pas une demande valable d'appel si la décision globale du stage est un succès.

Si la demande de révision est rejetée, le doyen ou le vice-doyen communiquera les motifs de son refus par écrit et ce, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Ce refus est sans appel.

Procédure administrative

Lorsque la demande est jugée recevable, la suite des procédures administratives se déroule comme suit :

1. Le résident doit recevoir, dans un délai de 10 jours ouvrables, une lettre du doyen lui signifiant que sa demande sera entendue par le Comité de révision. La lettre est acheminée par courriel au résident⁷.
2. Selon l'agenda prévu des prochaines réunions du Comité de révision, une date est fixée pour entendre la demande de révision du résident.
3. Le dossier du résident est soumis aux membres du Comité de révision et il est constitué des éléments suivants :
 - a. toutes les évaluations de stage complétées depuis l'entrée en résidence jusqu'au stage faisant l'objet d'une demande de révision pour échec de stage;
 - b. tous les extraits de procès-verbaux du Comité d'évaluation qui concerne ce résident⁶;
 - c. les plans de remédiation et autres évaluations, de même que l'ensemble des communications officielles avec le résident;
 - d. la demande de révision adressée par le résident et la réponse du doyen à celle-ci.
4. Le résident est avisé par courriel⁷, dans un délai de 10 jours ouvrables avant son audition devant les membres du Comité de révision, de la date et de l'heure où il sera entendu. Il lui est aussi spécifié qu'à défaut de se présenter, sans motif valable⁸, une décision sera rendue en son absence.

À cette convocation officielle est joint le dossier du résident. Si un avocat a été désigné au dossier, une copie du dossier lui est également transmise par courriel, avec preuve de transmission. Une copie de la convocation du résident et de son dossier sont également transmis au directeur du programme et aux membres du Comité de révision qui seront présents à la réunion.

- Il est à noter que le résident doit recevoir copie de tout document qui est soumis aux membres du comité. Si exceptionnellement un document est ajouté et transmis aux membres du Comité de révision après la convocation, le document doit également être transmis au résident.
5. Le résident, pour sa part, est invité à transmettre les éléments additionnels qu'il juge pertinent à sa défense au plus tard cinq jours avant son audition devant le Comité de révision. Le cas échéant, ces documents sont transmis par le résident (ou son avocat le cas échéant) à l'adjointe du vice-doyen aux études médicales postdoctorales qui s'assure de les faire suivre au directeur du programme et aux membres du Comité de révision.

⁶ Il convient de s'assurer que les extraits de procès-verbaux et correspondance déposés au dossier du résident ne font pas mention de situations concernant d'autres résidents.

⁷ Le courriel est transmis au résident à son adresse institutionnelle de l'Université de Montréal, avec preuve de transmission.

⁸ On entend par motif valable, un motif indépendant de la volonté de l'étudiant, tel que la force majeure, le cas fortuit ou une maladie attestée par un certificat médical.

6. Au moment de l'audition, les membres du Comité de révision prennent connaissance de l'ensemble du dossier et entendent le témoignage du résident et du directeur du programme, toujours en présence l'un de l'autre. Le résident peut être accompagné de la personne de son choix⁹. Toutefois, cette personne n'a pas droit de parole devant le Comité.

À l'issue de l'audition, les membres délibèrent en l'absence du directeur du programme, du résident et des accompagnateurs, le cas échéant. Avant de formuler leur recommandation à l'intention du doyen, les membres du Comité de révision considèrent le respect de la procédure d'évaluation, les mesures de médiation et d'encadrement pédagogique mises en place et les différents critères d'évaluation obtenus par le résident.

IMPORTANT

Une attention particulière doit être portée aux éléments suivants, dont chacun est essentiel:

- Tout d'abord la **rigueur du processus d'évaluation et d'encadrement**. Le règlement pédagogique de la Faculté doit avoir été respecté à la lettre. Et ceci doit pouvoir être démontré devant le Comité. Notamment, dans les cas d'exclusion de programme, la direction de programme doit pouvoir démontrer qu'un temps suffisant a été accordé au processus de remédiation. Dans les cas d'échec de stage, le résident doit avoir eu l'opportunité de s'améliorer et de corriger ses lacunes. Dans ce cas, ceci passe d'abord et avant tout par une évaluation mi-stage faite en temps opportun.
- **L'évaluation mi-stage** (ou toute autre évaluation intérimaire) doit être très explicite quant aux lacunes constatées. On s'attend également à ce que l'évaluation finale soit conséquente avec l'évaluation mi-stage. En effet, il est généralement vu d'un mauvais œil que l'évaluation finale accorde une mention échec pour de nouvelles lacunes qui n'avaient pas été discutées dans une évaluation intérimaire documentée.
- **Documentation écrite**. Tous les éléments du dossier doivent être documentés de façon claire et précise (par exemple les extraits de procès-verbaux, les comptes rendus de rencontre). Dans le cas d'un résident en difficulté, les évaluations mi-stage devraient être consignées par écrit et signées par le résident qui indique qu'il en a pris connaissance.
- **Transparence**. Il faut informer le résident en difficulté à toutes les étapes du processus et le documenter. Il ne doit pas y avoir de surprise. En cas de difficultés académiques, les documents (extraits, comptes rendus) doivent toujours être communiqués au résident (faire signer les extraits de PV et de rencontre pour prouver

⁹ Un conseiller peut être un étudiant, un professeur, un médecin, un avocat ou un membre de la famille.

que le résident a été rencontré et qu'il a lu le document en question). S'il peut être démontré devant le Comité de révision que le résident a pris connaissance d'un document pour la première fois en recevant son dossier par le vice-décanat en vue de son audition, il y a de fortes chances que ce document ne soit pris en considération dans les délibérations. Il en va de même pour les éléments qui seront présentés pendant le témoignage du directeur de programme.

- **Absence d'intimidation.** Le processus doit s'être déroulé dans un/des milieux exempts d'intimidation. Il en va de même pour les rencontres avec les évaluateurs et la direction de programme ou le comité d'évaluation.
7. Lorsque la décision est rendue, le président du Comité rédige le procès-verbal faisant état de la recommandation formulée par les membres à l'intention du doyen. Cette recommandation doit être motivée et inclure un résumé des faits en cause et de la preuve soumise par toutes les parties, de même qu'une explication quant à la recommandation formulée par les membres du Comité à la lumière des faits et de la preuve au dossier. Le procès-verbal de la réunion est ensuite transmis par le président du Comité de révision à l'adjointe au vice-doyen aux études médicales postdoctorales. Celle-ci prépare l'extrait du procès-verbal à déposer au dossier du résident.
 8. Le doyen rend ensuite sa décision à la lumière de la recommandation formulée par le Comité de révision. La lettre du doyen est transmise par courriel au résident à son adresse institutionnelle de l'Université de Montréal, (avec preuve de transmission). Une copie de la décision du doyen est également transmise par courriel à l'avocat au dossier (s'il y a lieu) et au directeur de programme. La décision du doyen est sans appel.

RECOMMANDATION D'EXCLUSION D'UN RÉSIDENT

Quatre verdicts peuvent être rendus dans un dossier avec des difficultés par le Comité d'évaluation:

- a. décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation dans son programme de résidence;
- b. décide d'autoriser le résident à poursuivre sa formation, mais sous certaines conditions¹⁰;
- c. décide d'imposer au résident la reprise d'un ou plusieurs stages;
- d. recommande l'exclusion du résident de son programme de formation.

Une recommandation d'exclusion du programme à l'endroit d'un résident peut être formulée par le Comité d'évaluation dans les cas suivants :

¹⁰ Les conditions de poursuite de la formation sont déterminées par le Comité d'évaluation. Ce peut être, par exemple, la mise en place de mesures d'aide pédagogique (plan de remédiation), la mise en place d'un suivi par le Programme du suivi administratif du Collège des médecins du Québec.

- a. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un stage; dans l'application de cette règle, la reprise du stage consécutif à l'attribution de la mention « inférieur aux attentes » n'est pas comptabilisée;
- b. le résident obtient une mention « échec » à la reprise d'un cours obligatoire, d'un cours à option ou d'un cours au choix
- c. le résident obtient une mention « échec » à un deuxième stage au cours de sa formation postdoctorale (les deux échecs ne doivent pas nécessairement survenir dans la même année de formation mais pendant toute la formation postdoctorale);
- d. le résident obtient une mention « échec » à un deuxième cours obligatoire au cours de sa formation postdoctorale;
- e. l'évaluation globale du résident est jugée insatisfaisante par le Comité d'évaluation;
- f. la progression du résident est jugée insatisfaisante par le Comité d'évaluation;
- g. le résident refuse de se soumettre aux conditions entourant une reprise de stage;
- h. le résident ne répond pas à une exigence spécifiée dans les dispositions réglementaires propres au programme;
- i. le résident n'a pas rempli toutes les exigences du programme au terme de sa scolarité;
- j. l'état de santé du résident est incompatible avec la poursuite de son programme de résidence; à cette fin, le doyen ou l'autorité compétente peut exiger au besoin que le résident se soumette à un examen médical par un médecin qu'il désigne;
- k. le résident a une connaissance insuffisante du français.

Procédure administrative

1. Le résident doit d'abord être rencontré par le directeur de programme en personne qui lui fera part des motifs justifiant cette éventuelle recommandation.
2. Avant de formuler formellement une recommandation d'exclusion, le Comité d'évaluation doit entendre le résident. Il doit alors l'aviser par écrit, dans un délai raisonnable, de la date et de l'heure où il sera entendu et spécifier qu'à défaut de se présenter, sans motif valable, une décision sera rendue en son absence¹¹. L'avis est acheminé par un mode de transmission offrant une preuve de réception (ex : courrier recommandé).
3. L'envoi au résident doit inclure les documents qui seront évalués; aucun document dont le résident n'aurait pas reçu copie avec sa convocation ne peut être soumis aux membres du Comité d'évaluation lors de la réunion.
4. Lors de l'audition, le témoignage de toutes les parties impliquées peut être fait en présence du résident. Le témoignage du résident sera entendu.

¹¹ Voir exemple de lettre de convocation à l'annexe 5.

5. Le résident peut être accompagné d'un conseiller si le Comité d'évaluation le permet. Le Comité d'évaluation n'a pas l'obligation d'entendre le conseiller.

Le conseiller peut être :

- a. un étudiant ou un professeur de l'Université;
- b. un médecin;
- c. un avocat.

Le conseiller ne peut pas être un membre de la famille. Le Comité d'évaluation peut refuser la présence du conseiller ou refuser que le conseiller lui adresse la parole. Une approche conciliatrice face à la présence du conseiller est recommandée. Le résident et son conseiller ne peuvent pas être présents pendant les délibérations du Comité d'évaluation.

6. Le Comité d'évaluation rédige par la suite un rapport qui explique les motifs de sa recommandation. Le rapport complémentaire peut être un extrait du procès-verbal de la réunion ou une fiche d'évaluation complémentaire. Le contenu devrait inclure :

- a. Le résumé des faits en cause;
- b. Le résumé de la preuve offerte;
- c. Une explication des recommandations prises par le Comité d'évaluation à la lumière des faits et de la preuve au dossier.

➤ **Le rapport complémentaire doit être signé par le directeur du programme et le résident impliqué, qu'il soit en accord ou non avec la décision.**

7. Le Comité d'évaluation transmet sa recommandation au directeur du programme qui l'achemine au doyen dans les plus brefs délais, pour décision. Le doyen examine la recommandation et informe le résident par écrit, de sa décision. Si le résident est exclu, sur recommandation du Comité d'évaluation, le doyen retire le résident de son programme (avec solde) jusqu'à ce qu'il se soit prévalu, le cas échéant, de son droit de révision et qu'une décision finale ait été rendue.

8. Lorsque le doyen communique au résident sa décision de l'exclure du programme il doit aviser le résident qu'il peut se prévaloir d'un droit d'appel conformément au paragraphe 13.2 du *Règlement des études médicales postdoctorales*.

9. Le résident qui souhaite en appeler d'une décision d'exclusion doit en faire lui-même la demande par écrit au doyen dans les quinze (15) jours ouvrables suivant le moment où cette décision lui a été communiquée. Le doyen en saisit le Comité de révision, qui entend le directeur de programme, ainsi que toute autre personne dont la présence est jugée appropriée, en présence du résident. Le Comité recommande ensuite au doyen la levée ou le maintien de l'exclusion. Le doyen informe le résident de sa décision. La décision du doyen est sans appel.

10. La procédure administrative pour le traitement d'une demande d'appel suite à une recommandation d'exclusion est similaire à celle pour les demandes d'appel pour échec de stage.

11. Dans les cas où l'exclusion du résident est confirmée par le doyen, il convient d'aviser le Collège des médecins du Québec, de même que le Collège Royal ou le Collège des médecins de famille, selon le cas, de la date et de la raison de la cessation de formation du résident.

ANNEXE I

« Guide de rédaction d'un Plan de remédiation » du programme de médecine familiale de l'Université de Montréal

**Guide
de rédaction d'un
Plan de remédiation**

**Comité d'évaluation
du
Programme de résidence de Médecine familiale**

**Faculté de médecine
Université de Montréal**

Intentions du document

Ce guide d'accompagnement se veut un outil de :

- Support à la création et la systématisation d'un plan de remédiation;
- Communication entre l'UMF et le résident en difficulté et entre l'UMF et le comité d'évaluation du programme;
- Suivi de l'efficacité du plan de remédiation.

Raison d'être d'un plan de remédiation

Un plan de remédiation doit être construit et mis en place chaque fois qu'il est évalué qu'un résident éprouve des difficultés qui sont suffisamment importantes pour entraver la construction de ses compétences et affecter son travail clinique. Il s'impose notamment lorsque :

- Les enseignants ont la perception qu'ils doivent proposer un accompagnement pédagogique particulier à un résident pour que la trajectoire de développement de ses compétences soit conforme à ce qui est attendu;
- Le comité d'évaluation du programme impose au résident de reprendre des périodes de stage à la suite d'un stage échoué ou évalué inférieur aux attentes.

Le plan de remédiation ne peut contrevenir au *Règlement des études médicales postdoctorales* ni à la *Politique d'encadrement pédagogique* du programme de médecine familiale.

Messages clés¹

- La difficulté qu'éprouve un résident n'est pas nécessairement un état permanent, mais une étape inscrite dans un processus de développement.
- Il faut dépister tôt, car avec une intervention précoce et appropriée, plusieurs de ces difficultés se corrigent.
- L'intervention auprès de résidents ayant des difficultés se fait mieux en équipe.
- Un enseignant pivot (tuteur par exemple), choisi en fonction des difficultés du résident et accepté par ce dernier, se porte garant du processus : il guide l'analyse de la situation ainsi que l'élaboration et le suivi du plan de traitement.
- Le résident doit participer à toutes les étapes de la réflexion sur sa situation.
- Un compte rendu écrit de chaque rencontre avec le résident doit être produit. Ces comptes rendu doivent être accessible au résident qui désire les consulter.

¹ Clavet D. Résidents en difficulté... les leçons de l'expérience. 2^{me} Forum international de pédagogie médicale 2002

Démarche pédagogique^{2 3 4}

La démarche pédagogique d'aide au résident éprouvant des difficultés est comparable à la démarche clinique et doit être systématique comme cette dernière pour être efficace. L'acronyme SOAP (Subjectif, Objectif, Analyse, Planification) peut être utilisé comme aide mémoire structurant⁵. La démarche pédagogique doit comporter les quatre phases suivantes :

1- Phase précoce (Subjectif : suspecter l'existence d'un problème)

Perception des indices initiaux de difficulté:

- Partage rapide des inquiétudes entre enseignants qui supervisent le résident: ne pas temporiser ou négliger .
- Formulation des hypothèses diagnostiques provisoires.
- Planification d'une rencontre précoce avec le résident :
 - o Recueillir des événements critiques concrets, détaillés;
 - o Proposer une rencontre le plus près possible des événements ayant suscité des inquiétudes

Rencontre précoce de validation avec le résident :

- Expliquer le but de la rencontre : aider le résident en statuant sur la présence ou non d'un problème.
- Exprimer l'inquiétude des enseignants en décrivant sur quelles observations elle repose
- Inviter le résident à exprimer son point de vue
- Explorer les facteurs pouvant contribuer au problème (contextes personnel, clinique, académique).
- Convenir de la suite à donner à la rencontre

Retour avec les superviseur :

- Résumer le contenu de la rencontre précoce avec le résident
- Planifier la phase de collecte des données (qui? quand? comment?).

2- Phase de collecte de données (Objectif : documenter la nature du problème)

Observation directe du résident en vue de faire une:

- Description détaillée du problème par le recueil de multiples exemples.
- Évaluation de l'impact du problème.
- Évaluation des forces du résident.

Regard sur le contexte pédagogique : clinique, académique, enseignants (émotions, styles d'enseignants, biais, disponibilités...)

² Caire Fon N. Étudiant en difficulté. Direction de la formation pédagogique CPASS 2007

³ Steinert Y, Levitt C. Woorking with the « Problem Resident » : Guidelines fo definition and Intervention. *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32

⁴ Vaughn LM, Baker RC, DeWitt TG. The Problem Learner. *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22

⁵ Langlois JP, Thach S. Managing the Difcult Learning Situation. *Fam Med* 2002;32 (5):307-9

Rencontre avec le résident pour :

- Décrire les comportements problématiques identifiés et leur impact.
- Documenter les perceptions du résident : perçoit-il ses difficultés ? À quoi les attribue-t-il ?
- Explorer le vécu du résident d'un point de vue personnel, clinique et académique.
- S'assurer de l'absence de harcèlement et d'intimidation.
- Évaluer le désir de collaboration du résident : est-il d'accord pour travailler à la résolution de ses difficultés ?
- Recueillir ses suggestions de solutions.
- Convenir des suites à donner à la réunion.

3- Phase diagnostique (Analyse : caractériser le problème)

Synthèse des données en groupe de superviseurs :

Classification du problème : cognitif, affectif, relationnel, organisationnel.

Formulation du diagnostic et définition d'objectifs de remédiation

4- Phase d'intervention (Plan : intervenir pour aider à corriger le problème)

En groupe de superviseurs, élaboration d'un plan de remédiation initial qui documente :

- La nature des difficultés à corriger
- Les objectifs à atteindre
- Les stratégies et les moyens pédagogiques à utiliser
- La durée de l'intervention
- La date à laquelle l'intervention sera réévaluée
- L'identification d'un enseignant pivot (enseignant responsable)
- Les rôles des superviseurs
- Les mécanismes pour assurer la continuité
- L'évaluation du processus de remédiation

Rencontre avec le résident

- Échange à partir du plan de remédiation initial
- Adoption du plan de remédiation final
- Clarification des conséquences advenant un échec de la remédiation

Suivi de l'intervention pédagogique

- Actualisation des mesures pédagogiques du plan de remédiation.
- Rencontres périodiques entre enseignants
- Rencontres périodiques entre enseignant pivot et résident

La période de remédiation terminée, une évaluation de son impact doit être rapidement réalisée et communiquée au résident. Les objectifs ont-ils été atteints ? Les problèmes sont-ils corrigés ? Les conséquences de cette évaluation doivent être discutées avec le résident.

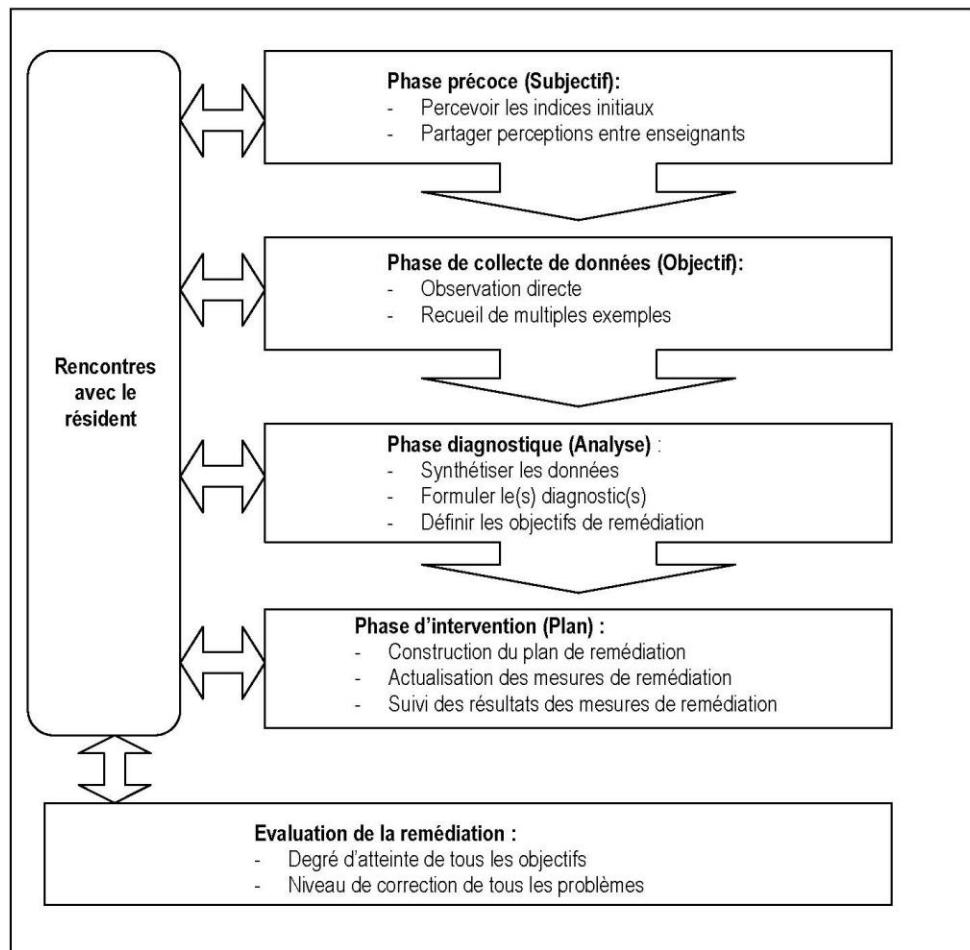


Figure 1 : Schématisation de la démarche pédagogique

Diagnostic pédagogique

La liste des diagnostics qui suivent n'a pas la prétention d'être exhaustive. Elle propose simplement un éventail de possibilités qui ne sont d'ailleurs pas mutuellement exclusives puisque la majorité des résidents qui éprouvent des difficultés lors de leur formation ont souvent des problèmes mixtes (cognitif et affectif, cognitif et relationnel...). Soit ils coexistent d'emblee, soit un problème en entraîne un autre (difficulté académique qui génère un trouble d'adaptation, par exemple).

Sur le plan cognitif

- ❖ Problèmes de raisonnement clinique affectant l'une ou l'autre des étapes de la démarche clinique :
 - Problèmes dans la génération d'hypothèses et l'orientation de la récolte de données
 - Absence d'hypothèses précoce
 - Difficulté à repérer les indices clés et à en tenir compte dans sa génération d'hypothèses
 - Difficulté à orienter sa récolte de données en fonction de ses hypothèses précoce
 - Problèmes dans le raffinement et le traitement des hypothèses (récolte, interprétation, synthèse, vérification)
 - Fermeture prématurée : focalisation trop rapide ou centrée exclusivement sur une seule hypothèse. Fermeture à tout élément susceptible d'ouvrir sur d'autres hypothèses.
 - Difficultés dans le processus de confirmation ou d'infirmer des hypothèses diagnostiques (Par exemple : sélection exclusive des éléments positifs sans explorer les autres possibilités en fonction des éléments non présents (exclusion des diagnostics).
 - Difficultés de priorisation : difficulté à se centrer sur les éléments les plus importants, difficulté à choisir de façon pertinente d'accorder ou non de l'importance à des informations obtenues en cours d'entrevue, mauvaise priorisation des hypothèses diagnostiques
 - Problèmes dans la catégorisation du problème, dans le diagnostic et l'élaboration d'un plan d'intervention
 - Difficulté à se faire une représentation globale et intégrée de la situation clinique
 - Difficulté à élaborer un diagnostic final et intégré
 - Difficulté à élaborer un plan d'investigation adéquat (par exemple : déficient ou trop exhaustif)
 - Difficulté à élaborer un plan de traitement approprié
 - Difficulté à se placer dans une perspective de suivi longitudinal du patient
- ❖ Problème de connaissances :
 - Problèmes de manque de connaissances
 - Problèmes d'organisation des connaissances ou problèmes d'intégration des connaissances à la perspective clinique

- ❖ Problème de jugement clinique (ou lié à la gestion de l'incertitude) :
 - Difficulté à distinguer l'essentiel de l'accessoire, l'urgent du non urgent...
 - Difficulté à prioriser les demandes multiples
 - Application mécanique de bilan d'investigation ou de plans de traitement
- ❖ Problème de communication orale ou écrite
- ❖ Problème de perception visuo-spatiale
- ❖ Problème de santé affectant la sphère cognitive :
 - TDA-H
 - Trouble d'apprentissage

Sur le plan affectif

- ❖ Problème de santé :
 - Trouble anxieux
 - Trouble dépressif
 - TOC
- ❖ Anxiété sociale
 - Estime de soi défaillante
 - Gêne excessive, manque d'assertivité ou d'assurance en soi
- ❖ Stresseurs personnels
- ❖ Problème de motivation

Sur le plan relationnel

- ❖ Problème de relation avec les collègues, les patients ou le personnel
- ❖ Problème de communication professionnelle (approche C-C)
 - Déficience dans les étapes de la structure de l'entrevue
 - Problème à construire la relation médecin-patient
- ❖ Problèmes affectant le professionnalisme
 - Manque d'empathie envers les patients
 - Absence d'intérêt dans le suivi d'épisodes de soins ou dans la continuité de soins au long cours
 - Manque d'honnêteté envers les patients ou les enseignants
 - Problème d'autonomie dans l'apprentissage ou dans la participation à sa formation
 - Manquement à l'éthique professionnelle
 - Abus de substances
 - Manque d'insight ou difficulté à reconnaître et faire soigner une maladie personnelle
 - Manipulation, plagiat

Sur le plan organisationnel

- ❖ Difficulté à gérer un horaire, clinique ou autre
- ❖ Étude désorganisée
- ❖ Difficulté à prioriser lors de confrontation à des tâches multiples
- ❖ Tenue de dossier désorganisée
- ❖ Problème de ponctualité

Intentions du plan de remédiation

Sur le plan cognitif

- ❖ Amélioration de la structure et de la pertinence de la cueillette de données.
- ❖ Amélioration de la synthèse et de l'analyse de l'information recueillie
- ❖ Bonification du bagage de connaissances fondamentales ou cliniques
- ❖ Amélioration de l'accessibilité en clinique des connaissances théoriques
- ❖ Affinement du jugement clinique (ou amélioration de la gestion de l'incertitude)
- ❖ Amélioration du processus de raisonnement clinique (hypothético-déductif)
- ❖ Amélioration de l'investigation et du suivi clinique
- ❖ Amélioration du français parlé
- ❖ Amélioration de la maîtrise des gestes techniques
- ❖ Amendement des problèmes de santé

Sur le plan affectif

- ❖ Réduction des stresseurs affectant la performance académique ou clinique
- ❖ Amendement des problèmes de santé

Sur le plan relationnel

- ❖ Élimination des comportements inappropriés
- ❖ Élimination des problèmes de professionnalisme
- ❖ Développement d'habiletés au travail en interdisciplinarité
- ❖ Amélioration de l'estime et de l'affirmation de soi

Sur le plan organisationnel

- ❖ Amélioration de l'organisation du travail et de l'emploi du temps
- ❖ Amélioration de la tenue de dossier

Mesures de remédiation

- ❖ Programme de lectures dirigées et contextualisées, avec retour :
 - Préciser les intentions :
 - Solidification de la base de connaissances fondamentales et cliniques
 - Construction de prototypes, algorithmes...
 - Préciser les modalités :
 - Sujets à étudier
 - Sources de lectures
 - Contexte : durée, fréquence, lieu de lectures...
 - Retours avec les enseignants : dates, responsables, lieux de rencontres...
- ❖ Exercice de facilitation du traitement en profondeur de l'information :
 - Préciser les modalités :
 - Sujets à travailler
 - Outils : élaboration de cartes conceptuelles, narrations, algorithmes, présentations...
 - Dates de retour avec enseignants
- ❖ Allègement clinique
 - Préciser les modalités
- ❖ Modification de la supervision :
 - Préciser les modalités :
 - Intensifiée
 - Allégée
 - Centrée sur le diagnostic
- ❖ Observation d'enseignants en clinique ou d'entrevues personnelles enregistrées
 - Préciser les modalités : dates, responsables...
- ❖ Exercices de raisonnement clinique :
 - Préciser les modalités :
 - Vignettes cliniques analysées selon le modèle de l'ARC
 - Travail de reformulation et de représentation des problèmes
 - Explication à voix haute du raisonnement
 - Étude en parallèle (contrasté-comparé) de pathologies apparentées
- ❖ Pratiques d'EMS
 - Préciser les modalités : dates, responsables...
- ❖ Pratique d'ECOS
 - Préciser les modalités : dates, responsables...
- ❖ Consultation professionnelle
 - Préciser les recommandations ou références faites
- ❖ Modification d'attitudes ou de comportements :
 - Identifier les comportements problématiques :

- Interaction avec les patients, le personnel ou les collègues
- Ponctualité
- Participation à l'enseignement
- Prise de responsabilité
- Décrire les comportements attendus
- ❖ Utilisation d'outils organisationnels
 - Temps protégé pour lecture dirigée
 - Agenda, listes...
 - Atelier de soutien à l'apprentissage (Gestion du temps) des Services aux étudiants de l'U de M
- ❖ Construction d'un répertoire de ressources documentaires
 - Sites Internet
 - Assistants électroniques
 - Livres/ revues
 - Consultants
- ❖ Travail en centre de simulation

Approche matricielle

Measures	Lectures dirigées	Travail en profondeur	Augmenter l'efficacité clinique	Modification de la supervision	Observation de patients ou de vidéo	Exercice de renforcement d'image	Pratique d'EHS	Pratique d'ECDs	Consultation professionnelle	Modification d'attitudes ou comportements	Utilisation d'outils organisationnels	Construction d'un répertoire de situations	Travail en équipe	Outil réflectif	
Intentions															
Problème cognitif															
Améliorer structure et pertinence de la définition des termes	•	•		•	•	•	•	•	•	•					•
Améliorer synthèse et analyse de l'information	•	•		•	•	•	•	•	•	•					•
Booster l'usage de connaissances	•	•	•												
Améliorer accessibilité groupes			•	•	•										
Améliorer éthiques															
Améliorer jugement clinique															
Améliorer gestion de l'incertitude	•			•	•	•	•	•	•	•					•
Améliorer le processus d'interroge et clinique				•	•	•	•	•	•	•					
Améliorer investigation et l'analyse	•		•												•
Améliorer français écrit															•
Améliorer maîtrise des gestes															
Améliorer méthodes															
Améliorer problèmes de santé															
Problème affectif															
Améliorer l'interrogatoire															
Améliorer l'interrogatoire et l'analyse															
Améliorer l'interrogatoire et l'analyse															
Améliorer maîtrise des gestes															
Améliorer méthodes															
Améliorer problèmes de santé															
Problème relationnel															
Élimination/contrôle des interférences															
Élimination/contrôle des interférences															
Élimination/contrôle des interférences															
Élimination/contrôle des interférences															
Amélioration de l'ambiance de soi				•											
Problème organisationnel															
Amélioration de coordination du travail et de l'emploi du temps															
Amélioration de la tenue de dossier															

1: Exercice narratif, Récit de Situation Complex et Authentique (RSCA), Journal de bord, Portfolio...

❖ Bibliographie

- 1- Steinert Y. Levitt C. **Working with the « Problem Resident » : Guidelines for definition and Intervention** *Family Medicine*, 1993; 25: 627-32
- 2- Vaughn LM. Baker RC. DeWitt TG. **The Problem Learner** *Teaching and Learning in Medicine* 1998; 10(4) : 217-22
- 3- Scott Smith N. Stevens NG. Servis M. **A General Framework for Approaching residents in Difficulty** *Family Medicine* 2007; 39(5) : 331-6
- 4- Ratan RB. Pica AG. Berkowitz RL. **A Model for Instituting a Comprehensive Program of Remediation for At-Risk Residents** *Obstetrics & Gynecology* 2008; 112(5) : 1155-59
- 5- Langlois JP. Thach S. **Managing the Difficult Learning Situation** *Family Medicine* 2002; 32 (5) : 307-9
- 6- Mitchell M. et al **Factors Affecting Residents Performance : Development of a Theoretical Model and a Focused Literature Review** *Academic Medicine* 2005; 80(4) : 376-89
- 7- Hauer KE. Ciccone A. Henzel TR. et coll. **Remediation of the Deficiencies of Physicians Across the Continuum From medical School to Practice: A Thematic Review of the Literature** *Academic Medicine* 2009; 84:1822-32
- 8- Lacasse M. **Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale**. Faculté de médecine de l'Université Laval. 2009. 122 pp.
- 9- Nandaz M. Charlin B. Leblanc V. Bordage G. **Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 235-54
- 10- Bowen JL. **Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning** *The New England Journal of Medicine* 2006; 355 : 2217-25
- 11- Eva KW. **Ce que tout enseignant devrait savoir concernant le raisonnement clinique** *Pédagogie Médicale* 2005; 6 : 225-34

Comité d'évaluation du programme de médecine familiale :
Louise Authier, Marie-Claude Audéat, Normand Béland, Marie-Claude Lefebvre,
Gilbert Sanche.

ANNEXE II

La roue du diagnostic pédagogique



ANNEXE III

Plan de soutien à la réussite

Programme de résidence en _____

Université de Montréal

En signant ce document, le résident indique qu'il comprend la nature et la structure du plan de soutien. Ceci n'empêche en aucun cas le résident de porter en appel la décision prise suite à la période de soutien.

Dr. _____, résident en **xxxxx** requiert une période de soutien en

_____. Les dates de cette période sont du _____ au _____. Cette période de soutien est requise parce que le résident a présenté:

- Un échec à atteindre un niveau de compétence satisfaisant lors de la rotation en _____ entre les _____ et _____ (dates).
- Des difficultés identifiées pendant la résidence:

- Une insuffisance ou un échec dans le maintien des standards de la profession au niveau éthique et professionnel (spécifier) :

I. Faiblesses identifiées:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

II. Objectifs ou intentions de la période de soutien:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

III. Moyens utilisés ou ressources (exemples) :

1. Lectures dirigées dans le domaine de _____, avec une attention particulière à :
 - La génération de diagnostics différentiels adaptés au contexte
 - La prise en charge clinique de...
 - Autres _____
2. Supervision directe et rétroaction lors des situations suivantes (Activités Professionnelles Confiables ou APC) ou centrées sur... (ex. le recueil de données, l'explicitation du problème, le diagnostic différentiel, etc.) :
3. Encadrement de l'organisation du travail dans les contextes suivants :
4. Supervision centrée sur les gestes techniques suivants :
5. Retour sur les cas et élaboration de cartes conceptuelles avec l'aide d'un enseignant
6. Autres moyens:

IV. Mesure de l'atteinte des objectifs (décrire les activités d'évaluation, le type et la fréquence):

1. Évaluation multi source:
2. Examen oral, écrit...
3. Autres:

Rencontre avec le Dr. _____ chaque _____ (spécifier jour, semaine, mois) durant la période de soutien pour discuter des progrès et des objectifs futurs.

Le superviseur attitré: _____ attestera, à la fin de la période de soutien, si le résident a atteint ou non ses objectifs et rencontre le comité d'évaluation pour en discuter.

V. Conséquences de la période de soutien:

À la fin de la période de soutien, les recommandations suivantes peuvent être faites au comité de programme:

- Réintégration de l'horaire et du suivi régulier sans perte de temps ou extension de la résidence
- Réintégration de l'horaire et du suivi régulier avec un allongement de la résidence tel que décidé par le comité de programme

- Ajout d'une période additionnelle de soutien
- Mise sur pied d'un plan de remédiation
- Autre (spécifier):

Ce document a été complété par le comité d'évaluation et a été approuvé par le comité de programme le _____ (date).

VI. Résultats de la période de soutien:

Faiblesse spécifique	Résolue	Partiellement résolue	Non résolue
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Nouvelles faiblesses identifiées pendant la période de soutien:

1. _____
2. _____

Commentaires (du superviseur, du comité d'évaluation et/ou du résident):

SIGNATURES:

En signant ce document, le résident indique qu'il comprend la nature et la structure de la période de soutien. Ceci n'empêche en aucun cas le résident de porter en appel la décision prise suite à la période de soutien.

signature du résident

date

signature du superviseur

date

signature du président du comité d'évaluation

date

ANNEXE IV

Plan de remédiation

Programme de résidence en _____

Université de Montréal

En signant ce document, le résident indique qu'il comprend la nature et la structure de la période de remédiation. Ceci n'empêche en aucun cas le résident de porter en appel la décision prise suite à la période de remédiation.

Dr. _____, résident en **xxxxx** requiert une période de remédiation en _____

_____. Les dates de cette période sont du _____ au _____. Cette période de remédiation est requise parce que le résident a présenté:

- Un échec à atteindre un niveau de compétence satisfaisant lors de la période de soutien en _____ entre les _____ et _____ (dates).
- Des difficultés récurrentes identifiées pendant la résidence:

- Une insuffisance ou un échec dans le maintien des standards de la profession au niveau éthique et professionnel (spécifier) :

I. **Faiblesses identifiées:**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

II. **Objectifs ou intentions de la période de remédiation:**

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____

III. Moyens utilisés ou ressources (exemples):

1. Lectures dirigées dans le domaine de _____, avec une attention particulière à :
 - La génération de diagnostics différentiels adaptés au contexte
 - La prise en charge clinique de...
 - Autres _____
2. Supervision directe et rétroaction lors des situations suivantes (Activités Professionnelles Confiables ou APC) ou centrées sur... (ex. le recueil de données, l'explicitation du problème, le diagnostic différentiel, etc.) :
3. Encadrement de l'organisation du travail dans les contextes suivants :
4. Supervision centrée sur les gestes techniques suivants :
5. Retour sur les cas et élaboration de cartes conceptuelles avec l'aide d'un enseignant
6. Autres moyens:

IV. Mesure de l'atteinte des objectifs (décrire les activités d'évaluation, le type et la fréquence):

1. Évaluation multi source:
2. Examen oral, écrit...
3. Autres:

Rencontre avec le Dr. _____ chaque _____ (spécifier jour, semaine, mois) durant la période de remédiation pour discuter des progrès et des objectifs futurs.

Le superviseur attitré: _____ attestera, à la fin de la période de remédiation, si le résident a atteint ou non ses objectifs et rencontre le comité d'évaluation pour en discuter.

V. Conséquences de la période de remédiation:

À la fin de la période de remédiation, les recommandations suivantes peuvent être faites au comité de programme:

- Réintégration de l'horaire et du suivi régulier sans perte de temps ou extension de la résidence
- Réintégration de l'horaire et du suivi régulier avec un allongement de la résidence tel que décidé par le comité de programme
- Ajout d'une période additionnelle de remédiation

- Exclusion du programme
- Autre (spécifier): _____

Ce document a été complété par le comité d'évaluation et a été approuvé par le comité de programme le _____ (date).

VI. Résultats de la période de remédiation:

Faiblesse spécifique	Résolue	Partiellement résolue	Non résolue
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Nouvelles faiblesses identifiées pendant la période de remédiation:

1. _____
2. _____

Commentaires (du superviseur, du comité d'évaluation et/ou du résident):

SIGNATURES:

En signant ce document, le résident indique qu'il comprend la nature et la structure de la période de remédiation. Ceci n'empêche en aucun cas le résident de porter en appel la décision prise suite à la période de remédiation.

ANNEXE IV

Exemple de lettre de convocation

Le (date du jour)

LETTRE RECOMMANDÉE

Docteur ?

Objet : Comité d'évaluation du programme de ?

Docteur,

Le Comité d'évaluation du programme de ? a l'intention de recommander votre exclusion du programme.

Vous êtes donc convoqué afin de venir présenter vos observations devant ce Comité lors de la réunion prévue le (date), à la salle (no. local), à (heure) heures, Faculté de médecine, (no étage) étage du pavillon Roger-Gaudry de l'Université de Montréal. Vous trouverez ci-joint copie des documents que les membres du Comité considéreront lors de l'étude de votre dossier.

En outre, je vous informe que si vous ne vous présentez pas devant le Comité d'évaluation à l'heure et à la date précédemment indiquée, sans motif valable, le Comité fera une recommandation en votre absence quant à votre exclusion du programme.

Je vous prierai, sur réception de la présente, de confirmer votre présence à (nom de la personne), soit par courriel à l'adresse (adresse) ou par téléphone au numéro (no. téléphone).

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Directeur du programme de (nom du programme de résidence)

Téléphone : (no téléphone)

Courriel : (adresse courriel)